

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA/ CODICE PAN
SCUOLE DELL'INFANZIA A.S. 2020/2021
SCUOLA PRIMARIA TEMPO PROLUNGATO A.S. 2020/2021**

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

residente in _____ Via _____ nr. _____

c.a.p. _____ CF _____

tel. _____ cell. _____ mail _____

modalità prescelta per l'invio di eventuali comunicazioni: SMS e-mail

Esercente la potestà sul/la minore _____ (altro esercente la potestà: _____)

nato/a il _____ a _____ C.F. _____

Frequentante la classe _____ sezione _____ della Scuola (crociare):

- Direzione Didattica Statale " V. Ampolo " - Scuola Primaria - Tempo Pieno
- Istituto Comprensivo Statale – Scuola dell'Infanzia sede di Via I° Maggio Giorgilorio
- Direzione Didattica Statale " V. Ampolo " – Scuola dell'Infanzia, sede di Via Lecce
- Direzione Didattica Statale " V. Ampolo " – Scuola dell'Infanzia, sede di Via Fiore

CHIEDE

l'attribuzione del CODICE PAN per usufruire del servizio di refezione scolastica per l'a. s. 2020/2021

A tal fine, DICHIARA,

Consapevole di quanto disposto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445, sulle conseguenze e sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità:

- ✓ di avere preso conoscenza del contenuto dell'Avviso "Servizio Refezione Scolastica a. s. 2020/2021";
- ✓ di essere a conoscenza **che si accede al servizio solo ed esclusivamente previo pagamento dei pasti** (come definiti, rispettivamente, dalle Deliberazioni della Commissione Straordinaria n. 23/2020 e n. 110/2020:
 - **SCUOLA DELL'INFANZIA:** Tariffa intera € 2,30 a pasto - Tariffa agevolata per figli successivi al 1° € 1,85 - Tariffa ridotta per ISEE DA € 0.00 AD € 3.100,00 € 1,10;
 - **SCUOLA PRIMARIA TEMPO PIENO:** Tariffa intera € 4,00 - Tariffa agevolata per figli successivi al 1° € 3,20 ;
- ✓ **di essere consapevole che, nel caso di mancato pagamento dei pasti, la rilevazione automatica della presenza verrà sospesa e il servizio non sarà erogato;**
- ✓ di essere a conoscenza che potrà ricevere SMS o E-MAIL di "avviso scadenza credito" al numero di cellulare / indirizzo e-mail fornito;
- ✓ Che il proprio figlio/a (crociare):
 - non è affetto** da intolleranze o allergie alimentari
 - è affetto** dalle intolleranze o allergie alimentari indicate nell'allegata certificazione medica (**in tal caso i genitori dovranno darne tempestiva comunicazione all'Ufficio Pubblica Istruzione**).

CHIEDE, ALTRESI':

- ✓ **Che il proprio figlio fruisca della** **dieta normale** **dieta speciale** (allegare relativa certificazione medica);

ALLEGA

- copia del proprio documento di riconoscimento;
- certificato medico in caso di richiesta di dieta speciale.

IL sottoscritto dichiara:

- di essere informato/a che, ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) 679/2016 ed in ossequio alla normativa vigente, i dati forniti saranno trattati dal Comune di Surbo esclusivamente nell'ambito della presente procedura e saranno oggetto di trattamento mediante strumenti, anche informatici, idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, limitatamente e per il tempo necessario agli adempimenti relativi all'istanza.

Surbo , li _____

Firma
